

阿南市骨髄移植等の理由による任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

阿南市長 宛て

申請者 住所 _____
 (保護者) 氏名 _____ (続柄: _____)
 電話番号 _____

阿南市骨髄移植等の理由による任意予防接種費用助成金交付事業要綱第8条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。なお、交付決定後は、下記に指定する口座への振込みにより交付されるよう請求します。

記

※太枠内のみご記入ください。

接種対象者	住 所			
	(ふりがな)			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日 (満 歳 か月)
予防接種名	再接種年月日	A. 接種費用 (支払った金額)	B. 阿南市の助成金額	請求金額(A・Bのうち いずれか低い金額)
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
			請求金額 (合計)	円
金融機関	銀行・組合 金庫			本店・本所 支店・支所
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号		
フリガナ				
口座名義人				

- ※添付書類 (1) 再接種費用の支払を証明する領収書の原本
 (2) 再接種記録が確認できる母子健康手帳の写し、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票の写し等
 (3) 助成金振込先口座の通帳の写し
 (4) 前3号に掲げるもののほか、市長が必要と認めるもの

ここから下は、記入の必要はありません。

持参する本人確認書類 ※郵送提出の場合は、コピーを同封すること
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 申請者マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他

交付決定額	円
-------	---